

各 保 険 医 療 機 関
各 保 険 薬 局 様
各 指 定 訪 問 看 護 事 業 所

福島県国民健康保険団体連合会
(公 印 省 略)

診療報酬請求書等の提出方法について (お願い)

本会の事業運営につきましては、日ごろより格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、各医療機関等からご提出のありました標記請求書等については、本会で受理及び確認の上、審査支払を行っております。

この中で、診療報酬明細書 (以下、「レセプト」という) の紙分等については、提出の機会が限られてきているため貴医療機関からの提出方法に誤りがあり、提出物の確認にご多忙のところ時間を割いていただいているところであります。

つきましては、提出後の貴医療機関の業務に支障が生じないように、提出方法を下記のとおり取りまとめましたので、今後のご提出に際しましては、ご配慮賜りたくよろしくお願いいたします。

記

1. 診療 (調剤) 報酬請求総括票の提出について

- 記載方法について別紙 1 のとおりとなります。

総括票の記載の省略・簡略化について示しておりますので、ご確認願います。

2. 紙レセプトの請求及び返戻再請求の際の保険区分等の「○ (マル) 囲み」の記載について (別紙 2)

3. 連記式明細書 (子ども医療費・重度心身障害者医療費) 提出時の保険者別編綴 (ホチキス留め) について (別紙 3)

- 子ども医療費並びに重度心身障害者医療費を本会に委託する市町村のみの対応となります。

※ 本通知は、本会ホームページの「保険医療機関・施術所の方へ」内に公開しております。

事務担当

保険医療機関・保険薬局に関すること	業務審査課	業務第 1 係	TEL024-523-2804
	業務審査課	業務第 2 係	TEL024-523-2762
子ども医療費に関すること	業務管理課	管理調整係	TEL024-523-2757
指定訪問看護事業所・重度心身障害者医療費に関すること	業務管理課	療養費係	TEL024-523-2705

(別紙1)

診療(調剤)報酬請求総括票の提出について

例)

①		②	
平成 30 年 9 月分 診療報酬請求総括票		医科	国保 (紙レセプト分)
所在地	福島県福島市〇町〇番〇号	医療機関コード	12-3456.7
名称	③ 国保病院	標榜診療科名	⑤
開設者氏名	国保太郎	指定金融機関名	④
	押印	請求書数	県内 3 県外 1
種別	療養の給付	⑥	農事療養・生活療養
	件数	日数	回数
国民健康保険	入院		
	入院外		
	合計	15	
健康保険	入院		
	入院外		
	合計	5	
老人保健	入院		
	入院外		
	合計		
公費(再掲)	入院		
	入院外		
	合計		
⑧	特別療養費(別掲)	2	1180

- ① 年月の標記は提出するレセプトの診療年月にかかわらず提出月の前月を記載してください。
- ② 紙レセプト請求がある場合のみ国民健康保険分、後期高齢者医療分それぞれに作成してください。
- ③ 保険医療機関欄は保険医療機関等の所在地、名称、開設者氏名を記名・押印してください。
- ④ 医療機関コード欄は7ケタで記載してください。
都道府県番号「07」及び表別「1、3、4、6」は記載しないでください。
- ⑤ (記載省略) 標榜診療科名、指定金融機関名の記載は不要です。
- ⑥ 請求書数の県内欄は、保険者番号の都道府県番号が「07」の保険者を、県外欄には都道府県番号が「07」以外の保険者の請求書枚数を記載してください。
- ⑦ (記載簡略) 療養の給付欄は国民健康保険の場合、一般被保険者、退職者それぞれの合計レセプト件数のみを、後期高齢者医療の場合、後期高齢者医療の合計レセプト件数のみを記載してください。
- ⑧ 特別療養費を提出する場合、総括票欄外にレセプトの合計件数・点数を記載してください。
特別療養費のレセプトは総括票にまとめてホチキス留めしてください。
※平成30年10月提出分からの対応が難しい場合、今までどおり記載していただいてもかまいません。
※上記の総括票様式は本会ホームページに掲載しております。

(別紙2)

紙レセプトの請求及び返戻再請求の際の保険区分等の「○(マル)囲み」の記載について

1. 「保険種別 1」、「保険種別 2」、「本人・家族」、「給付割合」欄の記載

3 歯科	① 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	① 単独 2 2併 3 3併	② 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7	給付割合	10 9 8 ⑦ ()
---------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------	------	-----------------

※ 区分の番号にズレがないよう記載してください。

2. 「性別」、「生年月日」欄の記載

① 男 2 女 1 明 2 大 ③ 昭 4 平 . . 生

※ 項目の番号にズレがないよう記載してください。

3. 「本人・家族」欄、被保険者証番号等を訂正する場合の例

医コ :

1 医科	1 国保	1 単独	2 本外
保 險 者 番 号		給付割合	10 7
記号・番号	島〇〇		

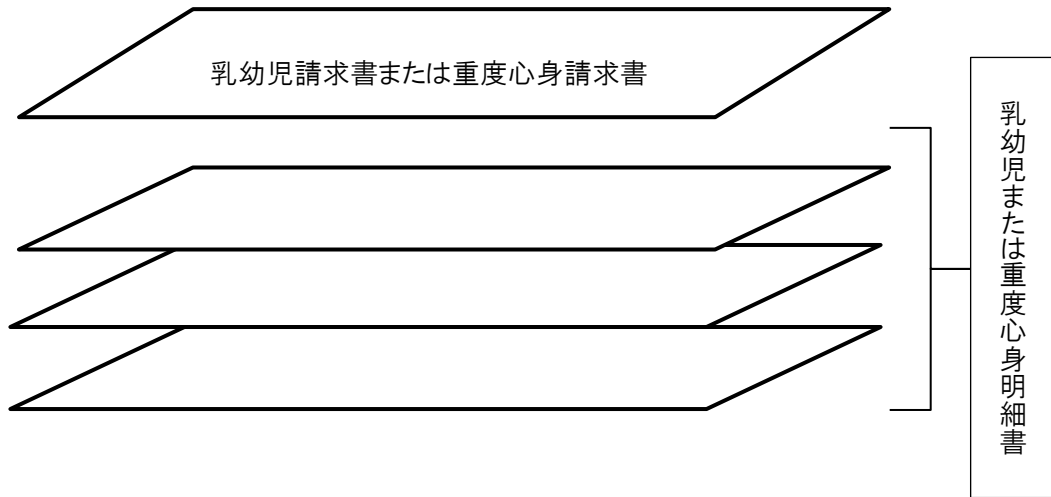
誤 家外
正 6家外

誤 9
12345678-
正 12345679
~~12345678-~~

※訂正する項目の一部だけでなく全て訂正してください。

(別紙3)

連記式明細書(こども医療費・重度心身障害者医療費)提出時の保険者別
編綴(ホチキス留め)について



※上記の順で散逸しないよう原則ホチキスで、厚みがある場合はクリップまたはこより紐等で左上を
編綴してください。

※明細書は、請求書に記載の種別ごと、上から順に編綴してください。

※明細書は、保険者ごとに編綴してください。

